ISSN 1019 309 X

BOLETIN DE LA SOCIEDAD PERUANA DE MEDICINA INTERNA

Indexado en el CD-ROM LILACS

Volumen 6 Número 4 Octubre-Diciembre 1993

JUNTA DIRECTIVA
1993-1994

PRESIDENTE
Dr. Agustín Iza Stoll

VICE-PRESIDENTE
Dr. Ricardo Losno García

SECRETARIO GENERAL
Dr. José Saldías Vargas

TESORERO
Dr. Luis Vidal Neira

SECRETARIO DE ACCION CIENTIFICA
Dr. Eduardo Penny Montenegro

VOCALES
Dr. Raúl Morales Soto
Dr. Pedro Castillo Rodríguez

PAST-PRESIDENTE
Dr. Eduardo Gotuzzo Herencia

COMITE CIENTIFICO
Dr. Oscar Pamo Reyna
Dr. Oscar Frisancho Velarde
Dra. Denisse Champín Michelena

COMITE DE ETICA Y CALIFICACION PROFESIONAL
Dr. Fausto Garmendia Lorena
Dr. Edulfo Romero Lino
Dr. José Tataje Martínez

COMITE DE PUBLICACIONES
Dr. Benjamín Alhalel Gabay
Dr. Robert Palomino de la Gala
Dra. Cecilia Solis-Rosas García

Av. José Pardo 138 Of. 703
Miraflores - Apartado 18-0818
LIMA - PERU
TEL/FAX 455396

CONTENIDO

EDITORIAL
Sobre las Infecciones urinarias
Oscar G. Pamo Reyna 113

TRABAJOS CLINICOS
Uso de furosemida en insuficiencia renal aguda oligúrica secundaria a cólera
Abdías Hurtado, Elizabeth Escudero, Jaime Urcia, Juana Celis, María Elena Hurtado y Gina Solís 115

Pacientes obstétricas críticamente enfermas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Loayza de Lima
Karl Ygor Pérez Solf y Antonio Ormea V. 118

Prevalencia de las especies de ancilostomídeos en los adoberos de Moche-Trujillo, 1992.
Luis J. Uribe Uribe y Hermes Escalante Añorga 122

REPORTE DE CASOS CLINICOS
Malaria intrahospitalaria en le Hospital Nacional IPSS Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo
Víctor Soto Cáceres, Mercedes Cumpa Suyón y Luis Meléndez León 127

REVISION DE TEMAS
Consideraciones clínicas acerca de la depresión geriátrica
Oscar E. Arbulú Villasís 129

RESUMENES DE TRABAJOS
Estudio clínico del pie diabético; Neuropatía diabética; Endocarditis infecciosa; Resistencia inicial del M. tuberculosis a las drogas anti-tuberculosas (1988-1989); Manifestaciones oftalmológicas en el SIDA; Adenosina deaminasa en el diagnóstico de TBC pleural; Aplasia medular 132

DISCURSO
XXIX aniversario de la Sociedad Peruana de Medicina Interna.
Eva Jacobowitz de Baer 135

CRONICAS DE LA INSTITUCION 137

RESEÑAS BIBLIOGRAFICAS
Bases y Principios en Reumatología; Génesis sin Extravíos, Fisiología de la Diferenciación Sexual y Prevención de la Homosexualidad: Manual de Endocrinología 138

Editor: Oscar G. Pamo Reyna

CONSIDERACIONES CLINICAS ACERCA DE LA DEPRESION GERIATRICA

Autor: Oscar Arbulú Villasis*

RESUMEN

Epidemiológicamente, alrededor del 30% de pacientes psicogeriátricos de consulta externa presentan este desorden y aproximadamente, el 46% de hospitalizados. Los síntomas depresivos en el senescente se manifiestan manifiestan mayormente por ansiedad patológica, en la que predominan los síntomas neurovegetativos. Las funciones congnitivas pueden inhibirse originando un estado semejante al demencial. En los desórdenes del pensamiento se pueden observar delusiones. Son frecuentes las quejas somáticas. Los factores etiológicos son divididos en biológicos, psicológicos y socioculturales. Las formas clínicas son: 1) Depresiones primarias y 2) Depresiones secundarias. Las primeras son clasificadas en desórdenes monopolares y desórdenes bipolares. Los desórdenes monopolares son, a su vez, divididos en depresiones mayores y depresiones menores.

Palabras claves: Depresión, Geriátria

SUMMARY

Epidemiologicalle, around 30% of psycogeriatric out patients show this disorder and approximately 46% of in patients. The depresive symptoms in aged people are show mostly by pathological anxiety, in which the neurovegetative symptoms are predominant. The cognitive functions may inhibit themselves originating a state similar to dementia. In the thought disorders some delusions may be observed. The somatic complaints are frequent. The etiological factors are divided in biological, psychological and sociocultural. The clinical types are: 1) Primary depresions and 2) Secondary depresions. The former are clasified in monopolar disorders and bipolar disorders. The monopolar disorder are, in turn, divided in major depresions and minor depresions.

Key words: Geriatries-Depresion

En la práctica clínica debemos diferenciar la depresión de las sensaciones de infelicidad, abatimiento o desmoralización que se presentan en el curso de la vida y pertenecen a estados o reacciones vivenciales normales.

La depresión es un desorden caracterizado por tristeza patológica (distimia), con pérdida del interés y placer en relación a las actividades habituales (anhedonia), con repercusiones a nivel somático (insomnio, hiporexia, baja ponderal, estreñimiento), cognitivo, (disminución de la concentración, memoria, eficiencia intelectual), y conductual (enlentecimiento o excitación).

Epidemiológicamente se calcula que un 3 a 5% de la población general presenta desorden depresivo en forma diferenciada. Respecto a su frecuencia en la senectud, se estima que este desorden varía entre 5 y 10% en mayores de 65 años, acrecentándose en los individuos de más de 80 años (1). En la ciudad de Lima, encontramos en un centro psiquiátrico de asistencia ambulatoria (Servicio de Salud Mental «Honorio Delgado»), una proporción de 30% (2). En el medio hospitalario, en los Estados Unidos, este desorden se observó en el 18% de senescentes internados en instituciones estatales y en el 46%, en unidades psiquiátrico de hospitales generales.

Los desórdenes depresivo en la senectud pueden pasar desapercibidos, debido a que los síntomas y signos de la depresión pueden confundirse con manifestaciones del envejecimiento normal (actividad reducida, mengua de la concentración y memoria, sueño superficial, pesadumbre).

Particularidades semiológicas:

En relación al afecto, hallamos tristeza patológica, pero mayormente se encuentra ansiedad patológica (depresiones ansiosas), en las que pueden predominar la sintomatología neurovegetativa (digestiva, cardiovascular y urinaria).

Los ancianos deprimidos pueden cursan con insomnio o sueño diurno; en ellos la fragmentación del sueño es persistente.

La depresión puede afectar las funciones de concentración, memoria y rendimiento intelectual, pudiendo originar un desorden semejante al demencial (seudodemencia), y que es probable que sea favorecido por el menoscabo de las reservas neuronales debido a un proceso orgánico cerebral. En las alteraciones del pensamiento especialmente en depresiones psicóticas, se aprecian delusiones depresivas congruentes con el afecto o incongruentes con él. Entre las primeras, se observan delusiones de culpa por faltas cometidas; de indignidad, que a veces son tan graves que el paciente manifiesta merecer un duro castigo; de pobreza, llegando hasta la ruina económica; de autocondena, pudiendo cristalizarse ésta en un acto suicida; de negación de la existencia personal (delusión nihilista del síndrome de Cotard).

* Profesor Asociado de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos-Médico de Servicio. Dirección de Salud Mental. Hospital Eduardo Rebagliati Martins, IPSS.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Entre las segundas, delusiones de perjuicio, referencia o persecución.

En la psicomotricidad, se puede observar desde el freno absoluto del dinamismo (depresiones estuporosas) hasta la excitación extrema (depresiones agitadas).

Son frecuentes las quejas somáticas que dominan el cuadro clínico y pueden corresponder a una somatización o tener una base física real: Sentimientos de malestar, algías diversas (dorsalgias, lumbalgias, gingivalgias), estreñimiento, dolor abdominal localizado o sensación de opresión torácica, que se presentan sobre todo en las mañanas (3). La depresión geriátrica puede manifestarse también por bradipsiquia, desorientación témporo-espacial y alteraciones de la vigilia, originando un cuadro seudoconfunsional (4).

Factores etiológicos:

El comienzo de la depresión en la edad avanzada implica un conjunto de causas que se interrelacionan en cada individuo. Estas pueden dividirse en factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

Factores biológicos: El desorden de los mediadores químicos, de mecanismos hormonales y de los ritmos circadianos, es a menudo considerado en la fisiopatología de los trastornos afectivos. Este desequilibrio derivaría de una predisposición genética, pero la asociación de la mayoría de los desórdenes afectivos en la edad tardía con la herencia no ha sido claramente demostrada. En las depresiones de aparición temprana habría una relación con la influencia de factores genéticos, ésto no es muy evidente en las depresiones tardías. Sin embargo, Post señalaba que habría en estas una disminución de la excitabilidad cerebral, probablemente relacionada con la herencia. Frolkis manifestaba que el envejecimiento del hipotálamo originaría una disminución de la capacidad para enfrentar al estrés.

Factores psicológicos: La pérdida de personas significativas debido al fallecimiento, la jubilación, la migración; la merma de bienes importantes y de la salud, contribuyen a un decrecimiento del autoestima, manifestación importante de la depresión.

Factores socioculturales: Las culturas tienen actitudes respecto a la vida y la vejez. En la cultura occidental predominan actitudes negativas en relación a ésta, siendo la juventud enaltecida y la senectud subestimada.

Formas clínicas:

La clasificación clásica de los desórdenes depresivos lo dividía en: 1) Depresiones endógenas, ligadas supuestamente a factores biológicos; 2) Depresiones psicógenas, vinculadas como su nombre lo indica a causalidad psicológica; 3) Depresiones somatógenas, originadas por causas orgánicas demostrables.

En la clasificación actual, se consideran:

1) Depresiones Primarias: Aquellas que no están relacionadas con ninguna otra patología médica o psicológica, o que tienen en todo caso antecedentes de trastornos afectivos.

1.1) Desórdenes Monopolares: Presentan sólo síntomas depresivos, que pueden repetirse.

1.1.1) Depresión Mayor: Episodios de este desorden n son infrecuentes y muchas veces no son tratados adecuadamente durante tiempo, debido a que pueden ser enmascarados. Son generalmente caracterizados por síntomas vegetativos y responden favorablemente a tratamiento biológico. Una proporción de pacientes con depresión mayor pueden presentar delusiones de culpa, somáticas o de autoeliminación; otros, depresión con melancolía (mengua de la autoestima, sentimiento de indignidad, hipocondría, tendencia autocusatoria, ideación paranoide y suicida).

Una variante de la depresión mayor es el desorden estival, cuyos criterios diagnósticos son: a) Síntomas de depresión mayor, b) Historia de por lo menos dos años consecutivos de episodios depresivos en otoño o en invierno, c) Ausencia de otros desórdenes psiquiátricos mayores o de explicaciones psicosociales relacionadas con los cambios afectivos.

1.1.2) Depresión Menor: Llamada también desorden distímico o neurótico. Caracterizada por su mayor duración (dos años como mínimo), generalmente con escasos o ausentes síntomas neurovegetativos. Los mecanismos psicológicos de este desorden en el anciano, generalmente no incluyen los clásicos; como son, la culpa, el autorreproche y la introyección de sentimientos hostiles relacionados con la pérdida. Busse sugirió que en él, la introyección es rara vez un mecanismo para desarrollar la depresión. En vez de ello, la depresión tardía estaría relacionada con una pérdida de la autoestima, que resulta de la incapacidad del senescente para suplir necesidades y urgencias o para defenderse contra amenazas a su seguridad. Levin destacó el rol de la coantención como un mecanismo en la depresión neurótica en la tercera edad: Manifiesta el autor, que aunque el interés en la sexualidad continúa, el impulso sexual persistente puede no manifestarse, por problemas físicos o falta de una pareja disponible. Wigdor enfatiza la influencia de los factores culturales como contribuyentes en el desorden distímico tardío, destacando que en las culturas que realzan la productividad (sociedades orientadas al logro); con la jubilación y el alejamiento de los hijos, la mengua del reconocimiento y de la autoestima son factores causales importantes. Asociado a los síntomas depresivos hay una sobre preocupación del estado físico, las posesiones, los logros pasados y la búsqueda de aprobación y reconocimiento por sus semejantes (5).

1.2) Desórdenes Bipolares:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La depresión mayor puede formar parte de éstos desórdenes, siendo importante considerarlos, ya que el tratamiento de ella por el uso de antidepresivos puede precipitar un episodio maníaco o hipomaníaco. Post encontró en los gerontos una mezcla de síntomas maníacos y depresivos. La evolución de los desórdenes bipolares es marcada por recurrencia más importante, con reducción de los intervalos libres, tendencia a la cronicidad y severidad.

2) Depresiones Secundarias: Son las ligadas a otro psicopatología evidente, a una patología médica demostrable o a drogas. Los fármacos más comunes de provocarlas son los corticoides, los antihipertensivos, los neurolépticos, los diazepínicos, la cimetidina y la digital (6). Ciertas neoplasias malignas pueden causar una depresión paraneoplásica secundaria. Han sido reportadas depresiones en la mayoría de enfermedades malignas, siendo la más frecuente el cáncer de páncreas y el cáncer de pulmón.

Los accidentes cerebrovasculares, especialmente del hemisferio izquierdo son frecuentemente asociados a depresión biológica y responden adecuadamente a la medicación antidepresiva.

La enfermedad de Parkinson es asociada clásicamente con depresión, la que puede presentarse mucho antes que la disfunción motriz, en la que hay una disminución de la serotonina cerebral.

Numerosas endocrinopatías pueden originar depresión secundaria, siendo la más importante el hipotiroidismo, la enfermedad de Addison y la enfermedad de Cushing.

3) Desorden de ajuste tipo depresivo: El duelo es una experiencia universal y no puede ser clasificado como un desorden psiquiátrico. El duelo patológico, por el contrario, es prolongado o hay una aparente negación de la pérdida o ésta puede ser distorcionada. Estas reacciones pueden ser vistas en ancianos con mermas recientes, con enfermedades somáticas o que han sido admitidos en una institución hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.: Synopsis of Psychiatry, Williams Wilkins, Baltimore, 1991, p. 812.
2. ARBULU, O; OBALLE, J.: Incidencia de primeras consultas de pacientes de edad avanzada en un período de diez años en el Servicio de Salud Mental «Honorio Delgado». En: Sexto Congreso Nacional de Psiquiatría «Hermilio Valdizán». Ed.: Carlos Carbajal Faura, Elard Sánchez Tejada, Lima, 1980, p.314.
3. ANTONUCCIO, N.O.: La Salud Mental en la Tercera Edad Psicogeriatría. Akadia, Buenos Aires, 1992, p. 101.
4. LEVY-ATTAR, D.: Depression du Sujet Agé. En: Psychogeriatrie. Kalman-Rose, La baule, 1992, p. 30.
5. BLAZER, D.G.: Affective Disorders in Late Life. In: Geriatric Psychiatry. Ed.: Ewald Busse, Dan G Blazer. American Psychiatric Press, Washington, 1989, pp. 379-380.
6. ALONSO-FERNANDEZ, F.: La Depresión y su Diagnóstico - Nuevo Modelo Clínico. Labor S.A., Barcelona, 1988, p. 274.

PREMIO "CARLOS LANFRANCO LA HOZ"

AL MEJOR TRABAJO PRESENTADO POR LOS MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA AL VIII CONGRESO NACIONAL

MONTO: 1000 DOLARES

28 - 31 OCTUBRE - 01 NOVIEMBRE DE 1994

LOCAL: HOTEL SHERATON Y AUDITORIO DEL CENTRO CIVICO DE LIMA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera